



Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Ärztliche Leitung:

**Dr. med. Dr. rer. nat. Claudia Nevinny-Stickel-Hinzpeter**

Fachärztin für Humangenetik

Lindwurmstraße 23, 80337 München / Germany

T +49 (0)89. 54 86 29-0 info@humane-genetik.de

F +49 (0)89. 54 86 29-243 www.humane-genetik.de

## Untersuchungsauftrag Pränataler Schnelltest

Nach erfolgter Aufklärung gemäß GenDG bitte ich um Durchführung eines pränatalen Schnelltestes in der bestehenden Schwangerschaft. Über diesen Test können Aneuploidien der Chromosomen 13, 18, 21, X und Y untersucht werden. (Methode: Fluoreszenz-in situ-Hybridisierung (FISH) mit spezifischen, farbmarkierten DNA-Sonden).

Bei dieser Diagnostik handelt es sich nicht um eine Kassenleistung. Die Kosten müssen daher von den Patienten selbst übernommen werden. Für Material-, Sach- und Begutachtungskosten stellen wir für die Analyse eines der genannten Chromosomen € 76,36 (einfacher Satz nach GOÄ) in Rechnung, für jedes weitere untersuchte Chromosom zusätzlich € 17,49.

Folgende numerische Untersuchungen werden gewünscht:

- Chromosom 13
- Chromosom 18
- Chromosom 21
- Geschlechtschromosom X
- Geschlechtschromosom Y

Das Ergebnis wird Ihnen über den verantwortlichen Arzt mitgeteilt. Bitte notieren Sie Ihre Telefonnummer, falls Sie telefonisch benachrichtigt werden möchten.

Tel.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin



Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Ärztliche Leitung:

**Dr. med. Dr. rer. nat. Claudia Nevinny-Stickel-Hinzpeter**

Fachärztin für Humangenetik

Lindwurmstraße 23, 80337 München / Germany

T +49 (0)89. 54 86 29-0

info@humane-genetik.de

F +49 (0)89. 54 86 29-243

www.humane-genetik.de

## Einwilligung in eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Hiermit gebe ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der Fragestellung/Verdachtsdiagnose (wie auf dem Überweisungsschein oder den Anforderungsformularen angegeben) bei mir, bzw. der von mir vertretenen Person dient.

### Indikation

Sofern dies für die Analyse notwendig ist, kann eine Weiterleitung des Probenmaterials zu einem Fremdlabor mit vergleichbaren Qualitätsanforderungen erfolgen.

Das Gendiagnostikgesetz sieht eine Vernichtung der genetischen Proben nach Befunderstellung vor. Um eine Nachprüfung der Ergebnisse sicherstellen zu können, werden die genetischen Proben über einen angemessenen Reaktionszeitraum aufbewahrt und dann verworfen. Für einige Patientenproben kann eine längere Aufbewahrungsdauer sinnvoll sein.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Die Aufbewahrung und Vernichtung der genetischen Proben gemäß GenDG erachte ich als ausreichend. | <input type="checkbox"/> Nach erfolgter Aufklärung wünsche ich die Aufbewahrung der genetischen Proben 10 Jahre lang über die gesetzliche Frist hinaus. |
|---|---|

Genetische Proben sind wichtiges Material für die Qualitätssicherung der genetischen Untersuchungen im Labor und für die Etablierung neuer diagnostischer Verfahren. Die Verwendung der genetischen Proben erlaube ich wie folgt:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ich erlaube zusätzlich die Nutzung für Qualitätssicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Zwecke nach Anonymisierung. | <input type="checkbox"/> Ich erlaube die Nutzung ausschließlich zur Durchführung der o. g. genetischen Diagnostik. |
|--|--|

### Aufbewahrung der Ergebnisse nach Befunderstellung:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nach erfolgter Aufklärung wünsche ich die Aufbewahrung der Ergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus. | <input type="checkbox"/> Die Aufbewahrung der Ergebnisse innerhalb des gesetzlichen Rahmens über einen Zeitraum von 10 Jahren erachte ich als ausreichend. |
|---|--|

Bei der Verwendung von molekulargenetischen und molekularzytogenetischen Übersichtsmethoden (Suchtests) können sich Zufallsbefunde ergeben, die nicht im Zusammenhang mit der klinischen Fragestellung stehen.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich will über diagnostisch relevante Zufallsbefunde informiert werden. | <input type="checkbox"/> Auf die Mitteilung solcher Zufallsbefunde verzichte ich. |
|---|---|

Es steht mir frei, nach Ergebnismitteilung über die verantwortliche ärztliche Person jederzeit ohne Angabe von Gründen die Sperrung der Ergebnisse zu verlangen.

Es steht mir frei, diese Einwilligung selbst oder über die verantwortliche ärztliche Person jederzeit ohne Angabe von Gründen teilweise oder ganz zu widerrufen oder von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand zu nehmen.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten, bzw. des gesetzl. Vertreters

Stempel und Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person